Para obtener ayuda en su comunidad llame al:

Washington State Department of Social & Health Services

Solicitud para beneficios médicos para niños

Healthy Kids Now! HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Esta solicitud es solamente para cobertura médica para niños y adolescentes menores de 19 años de edad. Un padre/madre, tutor, trabajador de extensión comunitaria, un amigo o un adolescente que solicite para sí mismo puede llenar la solicitud. **Enviaremos a la persona consignada en el recuadro 1 toda la información de seguimiento.** Si tienen alguna pregunta o desea que le ayuden a llenar este formulario, llame al 1-877-543-7669. ¡Le ayudaremos con gusto!

USE LETRA DE IMPRENTA **(Consigne el padre/madre, tutor o persona de contacto que recibirá la información de seguimiento)**

1 PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO

2 DIRECCIÓN DONDE USTED VIVE | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

3 DIRECCIÓN POSTAL (DE SER DIFERENTE) | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

4 NÚMEROS TELEFÓNICOS

HOGAR ( )

TRABAJO ( )

MENSAJE ( )

5 ¿Tiene algún problema para hablar, leer o escribir en inglés? Sí ☐ No ☐

¿Necesita que le envíen material en otro idioma? Sí ☐ No ☐

¿Necesita un intérprete? (De ser sí, nosotros le ayudaremos a través de un intérprete) Sí ☐ No ☐

¿Qué idioma habla usted?_____

6 ¿Alguna persona en su hogar está embarazada? Sí ☐ No ☐

De ser "sí", ¿quién?_____

¿Hay alguien menor de 19 años con una condición médica que requiera atención inmediata? Sí ☐ No ☐

Información general

7 Anote a los miembros de la familia que **vivan juntos.**
(De ser necesario, adjunte una hoja de papel para anotar a más miembros de la familia.)

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, INICIAL MEDIA, APELLIDO)	PARENTESCO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL * = OPCIONAL	SEXO M O F	CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ NO	COMPLETAR SI EL NIÑO **NO** ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE: ¿SE LE ENTREGO AL **NIÑO** DOCUMENTOS QUE MUESTREN SU ESTADO? SÍ NO	INDIQUE LA FECHA EN QUE EL NIÑO LLEGÓ A EE.UU.	¿TIENE EL NIÑO UN PATRO-CINADOR? SÍ NO
A. PADRE/MADRE, TUTOR O USTED			*		☐ ☐			
B. CÓNYUGE U OTRO PADRE (si vive en el hogar)			*		☐ ☐			
C. INDIQUE NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD **(que desean beneficios médicos)**					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
D.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
E.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
F.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
G. ANOTE OTROS ADULTOS O NIÑOS EN EL HOGAR **(que no desean beneficios médicos)**			*			Nota: Sírvase adjuntar todo documento que muestre el estado del niño.		
			*					

8 ¿Hay en su casa un niño menor de 19 años que padece una incapacidad? Sí ☐ No ☐

De ser "sí", ¿quién?_____

Gastos Esta información puede ayudar a que sus niños califiquen.

9 ¿Paga por cuidado de niños mientras trabaja? Sí ☐ No ☐ De ser "Sí", ¿cuánto por mes? $_____

¿Le paga a alguien para que cuide de un dependiente adulto con una incapacidad mientras trabaja? Sí ☐ No ☐ De ser "Sí", ¿cuánto por mes? $_____

10 ¿Para manutención de niños por orden judicial para un niño que no vive en su hogar? Sí ☐ No ☐ De ser "Sí", ¿cuánto por mes? $_____

Ingresos Escriba su ingreso BRUTO (antes de impuestos o gastos).

11 NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL PADRE/MADRE ( )

12 Monto que recibió en los últimos 30 días antes de que se dedujeran los impuestos o gastos:
$_____
¿Cuánto de este ingreso proviene de trabajo por cuenta propia?*
$_____

13 NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (O DEL OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR): ( )

14 Monto que su cónyuge (o el otro padre que vive en el hogar) recibió en los últimos 30 días antes de que se dedujeran los impuestos o gastos:
$_____
¿Cuánto de este ingreso proviene de trabajo por cuenta propia?*
$_____

* SI USTED O SU CÓNYUGE (O EL OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR) TRABAJA POR CUENTA PROPIA, PUDIERA TENER OTRAS DEDUCCIONES. COMUNÍQUESE AL 1-877-KIDS-NOW PARA MAYOR INFORMACIÓN O ASISTENCIA CON LA SOLICITUD.

OTRO INGRESO DE LA FAMILIA	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE ESTE INGRESO?
15 MANUTENCIÓN DE NIÑOS	$	
16 PENSIÓN ALIMENTICIA	$	
17 PAGO DE SEGURO SOCIAL	$	
18 BENEFICIOS DE DESEMPLEO	$	
19 INTERESES DE CUENTAS BANCARIAS	$	
20 BENEFICIOS DE VETERANOS	$	
21 LABOR E INDUSTRIAS	$	
22 ASIGNACIONES MILITARES	$	
23 OTROS (explicar)	$	

24 A ¿Necesita ayuda para abonar cuentas médicas sin pagar, en los últimos 3 meses, para alguno de los niños por quien está solicitando? Sí ☐ No ☐

24 B De ser "Sí", envíe copias de todo el ingreso del hogar correspondiente a los meses que usted desea que revisemos.

Información sobre seguros de salud Díganos sobre algún seguro de salud que sus **niños** ya tengan.

25 A ¿Ya tienen seguro de salud algunos de los **niños** para quienes está solicitando? Sí ☐ No ☐

25 B De ser "Sí", ¿cubre este seguro de salud doctores, hospitales, rayos X (radiología) y servicios de laboratorio? Sí ☐ No ☐

26 A ¿Han tenido sus **niños** cobertura de algún seguro de salud relacionado con el trabajo en los últimos 4 meses? Sí ☐ No ☐

26 B De ser "Sí", ¿costó menos de $50 por mes para los dependientes? Sí ☐ No ☐

27 Si marcó "Sí" a alguna de las preguntas precedentes (25 a o b, o 26 a o b), consigne el nombre de la compañía de seguros o empleador que provee seguro de salud para sus niños.

COMPAÑÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)

Raza/Antecedentes étnicos del niño (información voluntaria)

Le pedimos que voluntariamente nos diga la raza o antecedentes étnicos de sus niños. Esta información no se usará para considerar su elegibilidad para recibir beneficios.

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afro americano ☐ Hispano o latino
☐ Nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro_____

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades administrados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Nadie debe ser excluido de estos programas y actividades por su raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.

Lea cuidadosamente antes de firmar

Esta solicitud es únicamente para beneficios médicos para niños. Si algún miembro de su familia ya recibe o le gustaría solicitar beneficios en efectivo, asistencia de alimentos u otros beneficios, comuníquese son la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS (CSO) de su localidad.

- DSHS pudiera pedirle que compruebe la información que está proporcionando para determinar su elegibilidad. Puede pedir ayuda a DSHS para conseguir evidencia.
- Su información pudiera ser revisara por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- Al pedir y obtener beneficios de cuidado a la salud, usted le otorga al estado de Washington todos los derechos a todo pago por asistencia médica y todo pago a terceras personas en concepto de cuidados a la salud.
- DSHS pudiera compartir el historial de inmunizaciones de su niño con el Sistema de Información del Perfil de Inmunización de Niños.

DECLARACIÓN Y FIRMA
He leído y entiendo la información contenida en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en la presente es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

X _____ _____
Fecha

Cómo presentar la solicitud

ENVIAR POR CORREO A: **Dept. of Social and Health Services**
P.O. Box 45449
Olympia, WA 98504-5449

OBTENER AYUDA: Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al **1-877-KIDS-NOW.** (1-877-543-7669)